

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

103

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. POUSSIN

Lauréat de l'École de Médecine de Rouen
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

La Septicémie Puerpérale
Gonococcique

Président : CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. POUSSIN

Lauréat de l'École de Médecine de Rouen
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

La Septicémie Puerpérale
Gonococcique



Président : CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Anatomie topographique.	N.
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	P. CARNOT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Bactériologie.	BEZANCON
Clinique médicale.	GILBERT
Maladies des enfants.	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CHAUFFARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	WIDAL
Clinique des maladies du système nerveux.	HUTINEL
Clinique chirurgicale.	DUPRÉ
Clinique ophtalmologique.	N.
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.	LEGUEU
Clinique gynécologique.	BAR
Clinique chirurgicale infantile.	COUVELAIRE
Clinique thérapeutique.	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITCLERC

MONSIEUR LE PROFESSEUR CERNÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BURGAUD

A MONSIEUR LE DOCTEUR DRUELLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

INTRODUCTION

Il n'est pas d'auteur à l'heure actuelle qui n'admette que l'infection gonococcique ne puisse avoir une répercussion sur la puerpéralité.

Il est bien démontré que beaucoup d'affections utéro-annexielles, accidents puerpéro-gonorrhéiques de Pozzi (1), n'ont pas d'autre origine. L'examen du pus de salpingites ou de pelvi-péritonites a maintes fois révélé la présence du gonocoque souvent à l'état de pureté.

Il est admis par la plupart des auteurs que le gonocoque peut aussi, quoique rarement, provoquer des accidents de septicémie puerpérale. Nombre d'auteurs allemands ayant trouvé le gonocoque à l'état de pureté dans les lochies de femmes présentant des phénomènes de septicémie puerpérale ont admis sans autre preuve bactériologique qu'il s'agissait là d'infection gonococcique. Dans certaines de leurs observations il s'agissait de femmes présentant, en outre, les localisations habituelles de la septicémie gonococcique (arthropathies, endocardites, etc.).

Enfin on considère, à l'heure actuelle encore,

1. Pozzi, *Traité de Gynécologie*, page 660.

comme des raretés les septicémies à gonocoque sans localisation. A part l'observation de Krause (1) et celle d'Harris et Dabney (2), il manque à ces observations la constatation par hémoculture de l'identité microbienne de l'infection.

Celle-ci seule en effet a une valeur absolue. La constatation d'un microbe défini dans le vagin d'une femme infectée ne veut pas dire à coup sûr que ce même microbe est précisément celui qui est passé dans la circulation générale. C'est une présomption, rien de plus.

C'est pourquoi avant de se prononcer sur la nature microbienne d'une infection puerpérale il est indispensable de recourir à l'hémoculture.

M. Potocki, qui a bien voulu nous inspirer cette thèse et à qui nous en devons les éléments de documentation, fait toujours exécuter par son chef de laboratoire, M. Fisch, chez les accouchées qui présentent des accidents infectieux, des hémocultures sur milieu spécialement choisi, pour permettre le développement de toute la flore microbienne puerpérale. Ces hémocultures ont l'avantage de ne pas avoir été faites en vue de la recherche d'un microbe déterminé. On les multiplie d'ailleurs sur la même femme infectée si cela est reconnu nécessaire. On voit parfois ainsi l'hémoculture être positive d'abord pour devenir négative, ou inversement ne donner de cul-

1. Krause. *Zwei Falle von Gonokokkensepsis* (Berliner Klin. Wochenschr., 1904).

2. Harris et Dabney. *Bull. of J. Hopkin Hospital*, mars 1901.

ture qu'après une période stérile plus ou moins longue.

Parfois on assiste à une transformation complète de la flore microbienne.

Par contre cette méthode a l'inconvénient, pour le sujet que nous traitons, de ne pas être la plus favorable au développement du gonocoque.

Mais si on envisage la question au point de vue général qui est de déterminer la nature microbienne d'une septicémie, le fait de favoriser peu le choix d'un milieu spécifique, le développement d'un microbe particulier, ce serait fausser les résultats. L'important n'est pas de savoir si tel microbe est dans la circulation sanguine, mais d'isoler la cause de la septicémie.

Des centaines d'hémocultures ont été ainsi pratiquées.

M. Potocki nous a engagé à rechercher à l'aide de ces documents la fréquence, la forme et le degré de gravité qu'imprime le gonocoque à l'infection puerpérale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SEPTICÉMIE PUERPÉRALE
GONOCOCCIQUE

HISTORIQUE

La septicémie puerpérale fut un véritable fléau pour les Maternités jusqu'à l'époque pasteurienne. L'étude de ces « épidémies » nous apprend que certaines d'entre elles causaient la mort de toutes les femmes dans les Maternités. Témoin l'épidémie de 1713 décrite par de la Motte (1). L'épidémie de 1846 décrite par Malouin (2) causait la mort de 19 femmes sur 20.

L'influence de la blennorrhagie sur la septicémie puerpérale fut mise en évidence par Giles en 1871 (3). L'année suivante parait le mémoire de Noggøerath (4). Ces auteurs rattachent à la contamination maritale

1. De la Motte, *Traité des accouchements*, 1765.

2. Cf. Basset, *la Septicémie puerpérale atténuée*. Thèse de Paris, 1893.

3. Giles. *Gonorrhœa and Peritonitis* (*The British medical Journal*, 1871, p. 447).

4. Noggøerath, *Die latente Gonorrhœ im weibl. (Geschlecht)*. Bonn, 1872).

les accidents de périmétrite et d'endométrite survenant chez les nouvelles accouchées. Ces travaux tombent dans l'oubli jusqu'en 1886 où Saenger (1) insiste à nouveau sur les accidents puerpéro-gonorrhéiques que présentent les accouchées blennorrhagiques. Il établit à cette époque une distinction entre les accidents immédiats et les accidents tardifs. Il estime que les trois quarts des femmes blennorrhagiques ont des suites de couches anormales.

Ses opinions admises par la plupart sont combattues par un certain nombre d'auteurs en particulier par Kroner en 1887 (2) dont les statistiques sont diamétralement opposées à celles de Saenger.

Mais les affirmations de Saenger avaient éveillé l'attention des accoucheurs.

En Angleterre, en France et surtout en Allemagne les observations se multiplient. Citons celles de Penrose (3) et celles de Ross (4) en Angleterre ; celles de Doléris (5), Jullien (6), Verchère (7) et Pozzi (8) en France ; celles de Wertheim (9) et de Winckel (10) en Allemagne.

1. Saenger, *Verhandlung der deutschen (Gesellschaft. f. Gynæk.*, 1886, t. I, p. 177).

2. Kroner, *Ueber die Beziehungen der Gonorrhœ zu den Generations vorgängen*, 1887 (*Arch. f. Gynæk.* t. XXXI, p. 252).

3. Penrose, *Medical News*, 1890, 5 July.

4. Ross, *Gonorrhœal Septicemia (The medical and surg Repor-ter*, 1891, n° 22).

5. Doléris, Société obstétricale de France, 1892.

6. Jullien, *Blennorrhagie et Mariage*, 1898. Paris.

7. Verchère, *la Blennorrhagie chez la femme*, 1894. Paris.

8. Pozzi, *Traité de Gynécologie*, 3^e édition, 1897, p. 660.

9. Wertheim, *Ueber Uterus Gonorrhœ* (VI^e Congrès Société allemande de Gynécol. Vienne, 1895).

10. Winckel, *Die Ätiologie der Endometritis*.

L'opinion à cette époque est que la blennorrhagie est source d'accidents annexiels tardifs survenant plusieurs semaines après l'accouchement.

En 1899 Cumston (1) publie cinq cas de blennorrhagie puerpérale. Son travail est étayé par de nombreux examens microscopiques.

Léa (2) publie en 1900 une statistique d'après laquelle 36 o/o de femmes gonococciques présenteraient des accidents puerpéraux.

Au Congrès international de Médecine de Paris en 1900 la question est de nouveau traitée par Doléris, rapporteur à la section d'obstétrique et Menge et Krœnig, co-rapporteurs. Ces auteurs se bornent à admettre sans discussion la réalité de l'infection puerpérale à gonocoques.

Leur discussion porte uniquement sur la façon dont on doit classer cette infection. Pour eux ce ne peut être une infection autogène puisque le gonocoque ne vit jamais en saprophyte.

Mentionnons enfin les recherches bactériologiques de Krœnig (3). Il apporte à l'étude de la question une série de recherches sur l'anatomie pathologique de l'endométrite gonococcique puerpérale et une série d'examens des lochies.

1. Cumston, *Gonorrhœal Puerperium* (*The Amer. Journ. of obst.* 1899, October).

2. Lea, *Analyse de cinquante cas de gonorrhée ; leur influence sur le puerpérium* (*Transactions of the North of England obs. and Gyn. Soc.*, 1900, April and May, 1900).

3. Krœnig, *Recherches bactériologiques sur les lochies* (VI^e Congrès Soc. all. de Gyn. Vienne, 1895).

Enfin en 1902 Fruhinsholtz (1), dans sa remarquable thèse inaugurale, réunit tous les éléments épars dans un travail d'ensemble auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

Signalons en terminant les très intéressants travaux de Faure-Beaulieu (2) sur les septicémies gonococciques en général, les observations de M. le professeur Vidal en collaboration avec Faure-Beaulieu (3) et la thèse très documentée de Dujol (4).

1. Fruhinsholtz, *De la blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité*. Thèse, 1902.

2. Faure-Beaulieu, *la Septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant*. Thèse Paris, 1906.

3. Vidal et Faure-Beaulieu, *Endocardite blennorrh.* (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1905, p. 613).

4. Dujol, *Diagnostic bactériologique et clinique de la gonococcie puerpérale. Influence sur le puerpérium immédiat*. Thèse Lyon, 1913.

FRÉQUENCE DU GONOCOQUE

DANS LES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME ENCEINTE

Il est extrêmement fréquent de rencontrer le gonocoque dans les sécrétions vaginales de la femme enceinte. Souvent même l'apparition d'une hypersécrétion vaginale coïncide avec la fécondation.

Il peut s'agir d'une contamination au moment du coït fécondant.

Mais le plus souvent cela tient à trois raisons :

1° Beaucoup d'hommes contractent la blennorrhagie et se soignent peu. Ils conservent longtemps une goutte militaire contenant du gonocoque soit d'une manière continue, soit par intermittences.

Or, si l'homme contracte facilement la blennorrhagie la réceptivité de la femme vis-à-vis de celle-ci est bien plus grande. L'éjaculation entraîne les sécrétions de toutes les glandes de l'urètre et de la prostate et avec elles tous les gonocoques qui y sont contenus. Ceux-ci se trouvent en contact direct et prolongé avec le col de l'utérus sur lequel ils colonisent avec la plus grande facilité.

Done contamination facile et fréquente pour la femme.

2° Si l'apparition d'une blennorrhagie chez l'homme s'accompagne de phénomènes douloureux tels que celle-ci ne saurait passer inaperçue, il n'en est pas de même pour la femme. Quand la blennorrhagie reste chez elle, comme il arrive souvent, purement cervicale, elle s'accompagne de si peu de symptômes qu'elle passe inaperçue : donc non traitée. Beaucoup de femmes d'ailleurs, considèrent leur écoulement leucorrhéique comme une chose normale.

Si le diagnostic de blennorrhagie est fait chez elles soit par suite de l'apparition d'une complication, soit du fait de la propagation de l'infection à l'urètre, le traitement reste souvent inefficace. Trop de culs-de-sacs glandulaires doivent être aseptisés pour que la malade ait la patience de se laisser traiter jusqu'à guérison complète. Dès que les phénomènes douloureux disparaissent, la femme se croit guérie et interrompt son traitement.

Donc souvent chez la femme la blennorrhagie devient une maladie chronique interminable.

3° Enfin la blennorrhagie subit du fait de la grossesse une recrudescence d'activité caractérisée par une hypersécrétion vaginale, souvent considérable, par suite de la moins grande résistance des tissus vis-à-vis du gonocoque.

C'est ainsi que le gonocoque, qui chez la femme adulte ne peut coloniser que sur le col, l'urètre et les glandes annexes, donne fréquemment pendant la grossesse de la vaginite blennorrhagique.

D'après Menge et Krœnig (1) les sécrétions vaginales de la femme enceinte auraient un pouvoir aseptisant (auto-aseptisation de Krœnig) vis-à-vis de toute la flore microbienne, le gonocoque excepté (Menge (2)).

Il ne nous a pas paru être ainsi. Les nombreux examens pratiqués par M. Fisch sur les sécrétions vaginales et cervicales nous ont toujours montré un polymicrobisme net.

On peut admettre cependant que dans les sécrétions vaginales des femmes enceintes blennorrhagiques, le gonocoque est prédominant.

Quoi qu'il en soit, la blennorrhagie se rencontre avec une grande fréquence chez les femmes enceintes.

Fruhinholtz, après avoir relevé plusieurs statistiques, conclut que 25 0/0 des femmes enceintes sont blennorrhagiques.

Le professeur Fabre arrive au même pourcentage pour la Maternité de Lyon (Dujol, *loc. cit.*).

1. Krœnig, *Bakter der schwangeren, Kresseden und puerperalen fran* (Leipzig A Georgi, 1897).

2. Menge, *Discussion au sujet du rapport de Schauta Verhandlungen* (V^e Congr. d. deutschen Gesells f. Gynækologie. Breslau, 1893).

OU SE TROUVE LE GONOCOQUE

Nous avons déjà vu que le gonocoque se localise dans l'urètre sur les parois vaginales et sur le col. On le rencontre aussi dans les glandes du col. Hantcheff (1) étudiant les cols enlevés par opération de Schroeder chez des blennorrhagiques, a observé que souvent le gonocoque dépasse le tissu glandulaire. On le rencontre jusque dans le tissu musculaire où il peut former de véritables abcès qui, suivant l'expression de l'auteur, « sont une source de danger d'infection généralisée pour la femme ».

Enfin, signalons les fréquentes lésions d'endométrite gonococcique auxquelles, dans certains cas, on peut attribuer des avortements.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, l'œuf pouvant difficilement se greffer sur une muqueuse encore soumise à l'occupation microbienne (2).

Cependant l'invasion gonococcique peut se produire après la fécondation. Témoin les observations

1. Hantcheff. *Contribution à l'étude de la Métrite cervicale blennorrhagique*. Th. Nancy, 1899.

2. Emmanuel et Wittkosky, *Bakteriell-befund in einem weiteren Fall von endometritis in der Schwangerschaft* (Zeitschrift f. Geb. und Gynäk, 1895).

de Fabre (1) et de Maslowsky (2) dans lesquelles on constate la présence du gonocoque dans des placentas de huit et neuf mois.

D'après Fruhinsholtz, le rôle défensif du bouchon muqueux du col serait nul vis-à-vis du gonocoque.

Donc, chez une femme enceinte blennorrhagique, le gonocoque est abondant dans le vagin et sur le col. On peut le rencontrer dans le tissu musculaire du col et même dans l'intérieur de l'utérus.

1. Fabre, *Ann. Soc. obstétr. de France*, 1899, p. 134.

2. Maslowsky, *Monat. f. Geburt u. Gyn.*, 1896, t. IV, n. 3, p. 212.

LE GONOCOQUE

PEUT FRANCHIR LA PAROI UTÉRINE ET PASSER DANS
LA CIRCULATION GÉNÉRALE

La septicémie gonococcique se fait par voie sanguine.

Wertheim (1), étudiant la paroi vésicale d'une femme ayant présenté une cystite gonococcique, trouve des veinules thrombosées et l'examen histologique a révélé à ce niveau la présence du gonocoque.

De même, Richet et Voillemier (2), Thayer (3), Prochaska (4) et Bockardt (5) ont observé des thromboses gonococciques chez des blennorrhagiques.

Or, comme nous l'avons montré chez les blennor-

1. Wertheim, *Die ascenderende Gonorrhæe beim Weibe* (Arch. f. Gyn., 1892, t. XLII).

2. Richet et Voillemier, Cf. Faure-Beaulieu, *la Septicémie gonoc.* Thèse. Paris, 1906.

3. Thayer, *On Gonorrhæal septicemia and endocarditis* (Amer. f. Sc., 1905, CXIII).

4. Prochaska, *Ueber die gonorrhöischen Allgemein-infektionen* (Arch. f. path. An., Bd, CLXIV).

5. Bockardt, *Beiträg zur Etiologie und Pathologie des Harnrohrentrippers* (Vierteljahreschr. f. Dermat. u. Syph., 1883, Bd. X, p. 1)

rhagiques, le gonocoque, au moment de l'accouchement, se trouve toujours au niveau du vagin et du col souvent dans la musculuse du col et même dans l'utérus. Donc, la plaie utérine et toutes les érosions ou déchirures dues à l'accouchement se trouvent exposées à être infectées par ceux-ci, sans préjudice d'une infection possible au niveau du col déchiré et infiltré de gonocoques.

La preuve anatomo-pathologique du passage des gonocoques à travers la paroi utérine des nouvelles accouchées a été donnée par Madlener.

MADLENER (*Centralbl. f. Gynäk.* 1895, n° 50, p. 1313). — *Métrite et salpingite double, survenues après l'accouchement chez une femme atteinte de blennorrhagie. — Gonocoques dans la sécrétion du col. — Gonocoques dans le tissu utérin et dans le tissu de la trompe. — Abscès utérin et abscess dans la paroi de la trompe (Gonocoques).*

F..., vingt-neuf ans. III-pare, accouchée normalement il y a six semaines. Trois semaines avant cet accouchement était apparu chez elle un écoulement, purulent, aigu, abondant. Cette femme s'est levée sept jours après son accouchement : elle était à ce moment très faible mais prétend ne pas avoir eu de fièvre.

Cinq semaines après l'accouchement cette femme est prise de douleurs dans le bas-ventre, pour lesquelles-elle entre à la chinique.

On trouve à ce moment :

Température 38°4.

Un utérus volumineux comme dans une grossesse de trois mois ; il est mou et douloureux à la pression.

Les annexes sont grosses comme le poing du côté droit, comme un œuf de poule à gauche.

La sécrétion du col est purulente et contient des gonocoques.

14 octobre 1895. — On pratique la castration totale par le voie vaginale. L'accouchement remonte alors à sept semaines.

Description anatomique. — Pyosalpinx droit, gros comme un œuf d'oie et contenant du pus liquide ; la paroi du pyosalpinx et les parties avoisinantes du ligament large montrent des abcès dont quelques-uns de la grosseur d'un petit pois.

La trompe gauche est épaisse comme le doigt ; elle est atrésique et renferme un liquide trouble peu abondant.

L'utérus est gros ; sa paroi mesure de 14 (col) à 20 millimètres (corps) d'épaisseur. A la coupe il présente de l'infiltration œdémateuse. On en prélève des morceaux qu'on inclut à la colloïdine et qu'on colore par les procédés de Wertheim (bleu de méthylène analogue au Gram), de Bumm (violet de méthylaniline et alcool) et de Touton (fuchsine phén. et alcool).

Examen histologique. — Les manifestations inflammatoires sont surtout marquées au fond de l'utérus et vont en décroissant vers le col. En certains points, l'accumulation des cellules rondes est telle, que quelques-uns de leurs foyers inflammatoires tiennent plus de place que le tissu musculaire. Les amas existent autour des vaisseaux et jusque dans les faisceaux musculaires.

Examen bactériologique. — Au niveau des coupes venant du fond de l'utérus on voit des diplocoques de l'image et de la taille des gonocoques ; ils siègent surtout dans les foyers

inflammatoires ; quelques-uns sont intra-cellulaires, mais ils ne sont jamais nombreux dans une même cellule ; quelques-uns extra-cellulaires. De même on trouve des gonocoques dans les parois antérieure et postérieure : on les retrouve à tous les points de l'épaisseur de la musculature, de la muqueuse à la séreuse. Il sont surtout abondants dans la paroi postérieure.

Dans la corne utérine gauche, à l'examen macroscopique, on trouve une zone des dimensions d'un pois, tranchant par sa coloration jaune. Au microscope cette zone apparaît comme formée de cellules de pus contenant de nombreux gonocoques presque tous intra-cellulaires.

Ce foyer purulent est séparé de la lumière de la trompe par une épaisseur de trois millimètres.

L'épithélium de la trompe est conservé, montrant de rares gonocoques.

Gonocoques extra-cellulaires dans la muqueuse du corps et du col, dans l'épithélium et dans le tissu conjonctif.

Gonocoques intra-cellulaires dans les foyers purulents qui infiltrent la paroi du pyosalpinx.

Le gonocoque peut donc pénétrer dans la paroi utérine. S'il ne la dépasse pas il peut par les lésions qu'il provoque favoriser le passage d'autres germes microbiens et être ainsi la cause d'une septicémie, à streptocoque par exemple.

Ceci explique le cas où dans les premières lochies on ne trouve que du gonocoque et au bout de quelques jours des microbes associés, puis la disparition du gonocoque.

Janet (1) admet qu'à un moment donné dans la blennorrhagie le gonocoque disparaît pour être remplacé par un microbe d'infection secondaire.

Le gonocoque ne s'arrête pas toujours à la paroi utérine. Il peut la dépasser. Le fait avait déjà été démontré dans l'observation de Harris et Dabney.

HARRIS et DABNEY (*Bull. of the John Hopkins Hospit.*, mars 1901, p. 68). — *Septicémie puerpérale mortelle. — A l'autopsie: endocardite gonococcique mixte.*

F..., dix-neuf ans, rien de particulier dans les antécédents. Ipare. Accouchée à terme spontanément d'un enfant-vivant, le 19 janvier 1900 ; a été touchée plusieurs fois, sans précaution antiseptique spéciale, au cours de son accouchement. Délivrance artificielle sans plus de précaution.

Dès le quatrième jour, frissons, fièvre, sueurs, céphalée, courbature, nausées, vomissements, anorexie complète, toux, faiblesse croissante ; ainsi, jusqu'au vingt-cinquième jour après ses couches.

Etat actuel. — 13 février 1900. — Femme bien conformée ; anémie profonde. Abattement. Température 102 degrés (Fahrenheit). P. 120. Aspect d'une septicémie.

Dyspnée. Toux brève et aiguë. A l'auscultation en râles fins dans les bases des deux poumons.

Cœur. — A la pointe, les deux bruits sont couverts par un murmure qui va et vient, le murmure systolique étant le plus intense et le mieux perçu : ce murmure est perçu dans l'aisselle. A la pointe, roulement intense propagé vers l'ais-

1. Janet, *Diagnostic et traitement de l'urétrite blennorrhagique* (*Ann. des malad. des org. gén. ur.*, 1892).

selle. A la base, le murmure systolique est moins intense, le murmure diastolique plus sec et plus marqué. Le pouls est bondissant.

Léger œdème des membres inférieurs.

La malade, après son entrée, présente plusieurs accès de vomissements avec des signes de collapsus. Sueurs profuses.

On diagnostique : septicémie puerpérale probablement streptococcique et endocardite de la valvule aortique.

Le lendemain, température 100°8 (Fahrenheit). Pouls 90. Vomissements. Collapsus. On prélève dans l'utérus des lochies sanguinolentes pour une culture. L'utérus est trouvé en rétroversion légère, les annexes normales.

Le malade succombe peu après, ayant présenté à nouveau des vomissements, des sueurs, du collapsus, des intermittences du pouls.

Les urines renfermaient un peu d'albumine et montraient parmi les sédiments, de cylindres hyalins et des cellules de pus.

Examen bactériologique des lochies intra-utérines. — Sur lamelles colorées au violet de gentiane, on trouve quelques globules de pus renfermant de rares cocci, des diplocoques ; ils sont très peu nombreux et il est impossible de dire comment ils se comportent vis-à-vis du Gram. Les cultures faites sur bouillon, sur des plaques d'Agar et sur Agar-glucose anaérobie, restent toutes stériles.

Autopsie pratiquée le 14 février à 7 heures du soir.

La cavité pelvienne contient un peu de liquide brunâtre, légèrement trouble. Adhérences épiploïques récentes. Liquide trouble dans le péricarde.

Cœur. — Pesant 325 grammes. Sur la valve postérieure

de la tricuspide, large végétation allant de la base de la valvule jusqu'à son bord sur la surface auriculaire. Il existe aussi une masse granuleuse derrière la valvule, entre elle et la cloison, et située sur cette dernière. La valvule sigmoïde montre quelques petites élévations translucides du volume d'une tête d'épingle, à sa surface auriculaire.

Valvule mitrale normale.

L'orifice aortique montre, sur la valvule sigmoïde de gauche, du côté ventriculaire, une masse de végétations qui s'étendent en bas sur la paroi du ventricule. En dessous de la valvule sigmoïde droite l'endocarde ventriculaire est aussi très rugueux. Les faces internes de ces deux valvules sont couvertes de petits caillots récents. Un stylet peut passer à travers la paroi ventriculaire au niveau des végétations qui recouvrent cette paroi dans le ventricule droit ; cette ouverture semble d'origine inflammatoire.

Le muscle a une couleur brune.

Poumons. — Œdématisés.

Rate. — Hypertrophiée, pesant 300 grammes ; périsplénite récente ; présentant à la coupe des infarctus anémiques typiques.

Foie. — Pesant 1.600 grammes, mou et gras ; lobules pâles au centre, congestionnés à la périphérie.

Reins. — Pesant 175 grammes chaque. Congestion. A la coupe, traînées jaunes, opaques (Néphrite parenchymateuse, au microscope).

Utérus et annexes. — Sans trace d'inflammation macroscopique. Des coupes faites, au niveau du col et colorées par la méthode de Gram-Weigert ne montrent pas de bactéries ; infiltration abondante de mastzellen. De même pour le

corps: on trouve en certains points de l'infiltration par des petites cellules rondes entre les fibres musculaires, et des lésions d'artérite des petits vaisseaux.

Examen histologique des végétations endocarditiques.—

On trouve de l'infiltration leucocytaire. Nombreux coccus tantôt isolés, tantôt groupés par deux ou par quatre, les uns intra, les autres extra-cellulaires.

Ces végétations ensemencées sur Agar pur donnèrent du streptocoque, du colibacille et du gonocoque: celui-ci se développa à la faveur du caillots sanguin, ensemencé en même temps que les débris valvulaires. Il ne se reproduisit pas en effet sur Agar pur, ni sur sérum de bœuf mais proliféra sur un liquide de sérosité et d'Agar: il se décolora au Gram.

Des cultures sur liquide d'hydrocèle-Agar avec les végétations aortiques et tricuspidiennes donnèrent trois types de colonies ressemblant à celles du coli, du strepto, et du gonocoque: ces dernières, réensemencées sur liquide d'hydrocèle-Agar, donnèrent des colonies identiques à celles du gonocoque.

Il est à remarquer que sur 15 plaques d'Agar pur inoculées deux fois, se développèrent des colonies d'un microbe identique, comme forme et réaction de coloration, au gonocoque; ces colonies réensemencées sur Agar pur ne poussèrent pas; sur liquide d'hydrocèle-Agar au contraire elles proliférèrent à nouveau.

FRÉQUENCE

AVEC LAQUELLE ON RENCONTRE LE GONOCOQUE DANS LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Le gonocoque peut donc passer dans la circulation générale. Voyons maintenant dans quelle proportion on le rencontre dans la septicémie puerpérale.

Les auteurs admettent en général le rôle du gonocoque dans les accidents annexiels succédant à l'accouchement. Ils considèrent par contre que la septicémie gonococcique est une exception. A peine relevons-nous dans la littérature médicale quelques cas vraiment probants.

Il ne nous a pas paru être ainsi. MM. Potocki et Fisch sans rechercher plus spécialement le gonocoque qu'un autre microbe arrivent à des résultats très différents.

Environ 250 hémocultures ont été faites. Sur ces 250 hémocultures 82 ont donné une culture.

Sur ces 82 nous relevons sept fois la présence du gonocoque nettement différencié dans les cultures. Soit une moyenne d'environ 8 o/o.

D'où vient cette forte divergence de résultats ?

Elle tient à ce qu'habituellement on recherche le streptocoque.

Or les procédés employés pour la recherche du streptocoque ne sont pas toujours utilisables pour celle du gonocoque.

En effet le streptocoque est généralement beaucoup plus abondant dans la circulation générale que le gonocoque. Donc en ensemençant un bouillon avec quelques gouttes de sang on peut avoir une culture positive, ce qui n'est qu'exceptionnellement le cas pour le gonocoque. C'est ainsi que dans l'observation d'Harris et Dabney citée plus haut l'hémoculture est positive parce que l'auteurensemence avec un caillot.

Souvent le gonocoque, seul microbe d'infection puerpérale au début, disparaît ensuite, remplacé par le streptocoque, staphylocoque, colibacille, etc.

Enfin on emploie le plus souvent un milieu de culture favorable au microbe qu'on recherche mais dans lequel le gonocoque ne cultive pas. Faure-Baulieu et Dujol qui ont spécialement étudié les milieux de culture du gonocoque arrivent aux conclusions suivantes :

Faure-Baulieu prélève 5 à 10 centimètres cubes de sang par ponction veineuse. Ilensemence avec cette même quantité de sang sur bouillon ascite. Après vingt-quatre heures d'étuve il réensemence sur gélose-ascite sans attendre que l'examen soit possible directement.

Dujol emploie le bouillon ascite ou le bouillon

sérum indifféremment. Mais il n'obtient pas de résultat. Besançon et Griffon (1) font leurs cultures sur sang gélosé.

En somme, pour M. Potocki qui s'efforce de cultiver non seulement le gonocoque mais aussi les autres microbes, le procédé de Faure-Beaulieu n'est applicable que dans sa première partie.

Quant aux méthodes signalées par Dujol on verra qu'elles diffèrent peu de celle de M. Potocki.

Méthode de MM. Potocki et Fisch

M. Potocki et son chef de laboratoire M. Fisch ont adopté la méthode suivante pour leurs hémocultures :

Après désinfection cutanée très soignée on fait une ponction veineuse au niveau du pli du coude.

On laisse le sang s'écouler directement dans un tube de bouillon jusqu'à ce que le volume du bouillon soit augmenté du quart environ.

On a ainsi un ensemencement large.

Le bouillon employé est un bouillon ordinaire alcalinisé peptoné : mais l'addition^{de} d'une quantité de sang égale au quart du volume total, le transforme en sérum bouillon, sang bouillon (blut bouillon), milieu dans lequel le gonocoque cultive facilement, ainsi d'ailleurs que tous les microbes pathogènes principaux des septicémies : streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles, pneumocoques, etc. La quantité de

1. Besançon et Griffon, *Culture du gonocoque sur sang gélosé* (Soc. de Biologie, 30 juin 1900).

bouillon employé est habituellement minime. Quelques centimètres cubes de bouillon dans un tube à essai nous ont toujours donnés de bons résultats.

Le bouillon ensemencé est mis à l'étuve à 37 degrés.

Cinq ou six heures après, il se forme un caillot contracté qui reste accolé aux parois du verre. Si à ce moment le bouillon est resté clair on l'agite et on le remet à l'étuve sans l'examiner.

Si au contraire il présente le moindre louche on l'examine et si la culture n'est pas caractéristique on le remet à l'étuve pour douze heures ou même vingt-quatre heures.

Si dans nos cultures nous trouvons un diplocoque nous le différencions morphologiquement : Nous constatons d'abord son groupement puis la forme.

Si c'est un gonocoque nous trouvons un diplocoque en forme de tonneau entouré d'une auréole et groupé par quatre, huit, douze, régulièrement.

En dernier lieu c'est le Gram qui tranche la question.

ÉTUDE CLINIQUE

Dans toute septicémie puerpérale l'agent d'infection après avoir traversé l'utérus :

1° Circule dans le sang ;

2° Se localise sur un ou plusieurs organes.

Nous pouvons observer ces deux stades isolément avec le gonocoque.

Il peut en effet circuler dans le sang sans donner lieu à aucune localisation.

Il peut et c'est ce qu'il fait le plus souvent se localiser sur une articulation ou un organe.

Il peut enfin circuler en association avec d'autres microbes.

Nous étudierons donc :

1° La septicémie puerpérale gonococcique sans localisation ;

2° La septicémie puerpérale gonococcique avec localisation ;

3° La septicémie puerpérale où le gonocoque est associé à d'autres microbes.

SEPTICÉMIE GONOCOCCIQUE

SANS MÉTASTASES

L'infection gonococcique puerpérale sans localisation est assez rare. Nous n'en avons observé que deux cas indiscutables. Elle est le plus souvent méconnue. On la confond généralement avec la septicémie puerpérale à streptocoques. Pourtant elle revêt un type clinique assez particulier.

C'est soit quelques jours, soit deux ou trois semaines après l'accouchement que les premiers symptômes se déclarent. Vingt-deux jours dans notre première observation ; deux jours dans la deuxième. La température est d'emblée élevée et l'état général grave. La malade est dans un état d'abattement profond, mais elle répond aux questions qui lui sont posées. Elle est calme dans le décubitus dorsal et ne souffre aucunement. Aucune différence dans son état entre les plus hautes et les plus basses températures. Elle ne présente aucun symptôme d'aucune localisation d'aucune sorte. L'examen répété de son abdomen, de son rein, de son foie, de ses poumons, de son système vasculaire, de ses articulations, etc., ne montre rien

d'anormal. Les lochies ne sont pas fétides. Leur abondance est variable.

Le tableau clinique est aussi bien celui d'une septicémie puerpérale à streptocoques. Seule la courbe de température est un peu différente.

Aussi en présence d'une septicémie puerpérale à grandes oscillations thermiques on pourra penser à une septicémie puerpérale à gonocoques ; mais seule l'hémoculture pourra trancher le diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION

(Baudelocque, 1917).

D. L., âgée de vingt-huit ans.

24 avril 1917. — Entre chez une sage-femme agréée à 10 heures du matin. Ses dernières règles datent du 24-31 juillet 1916. Dilatation de deux francs. Elle n'a rien présenté de particulier pendant sa grossesse.

Il y a deux ans elle a fait un avortement de deux mois à la suite duquel elle a fait de l'infection.

Curettage à Broussais.

A 14 h. 3/4 accouchement spontané.

Délivrance spontanée.

Lésions vulvopérinéales minimales. Quelques érosions.

Mai 1917. — Apparition de lymphangite du sein droit.

6 mai 1917. — Elle est vue par M. Dubois, chef de clinique qui la fait entrer à Baudelocque.

7 mai 1917. — Entre à Baudelocque.

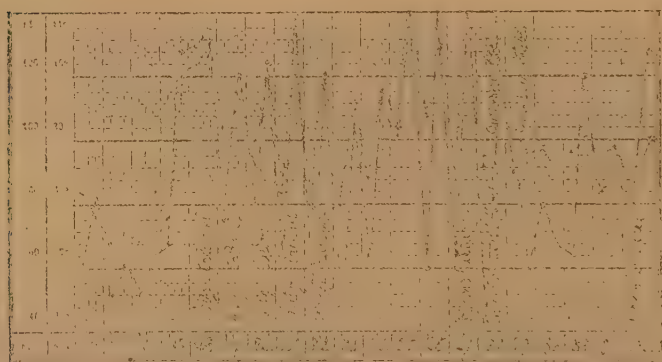
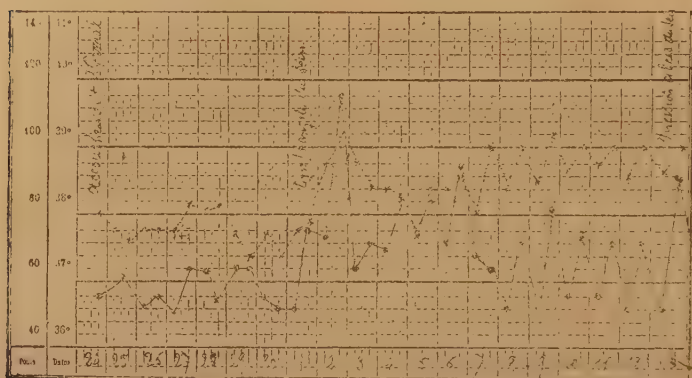
13 mai 1917. — Incision d'un abcès du sein droit.

18 mai 1917. — Cinq centigrammes de calomel.

19 mai 1917. — Quatre centigrammes de calomel.

20 mai 1917. — Trois centigrammes de calomel. Un litre de sérum artificiel.

21 mai 1917. — Deux centigrammes de calomel. Un litre de sérum artificiel.



22 mai 1917. — Deux centigrammes de calomel. Un litre de sérum artificiel.

De 23 au 27 mai. — Même médication mais on supprime le calomel.

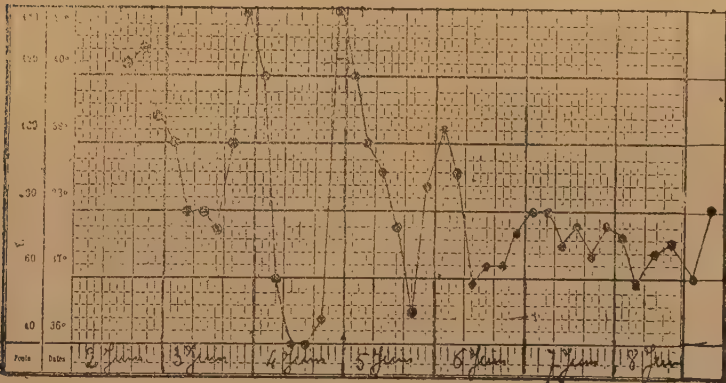
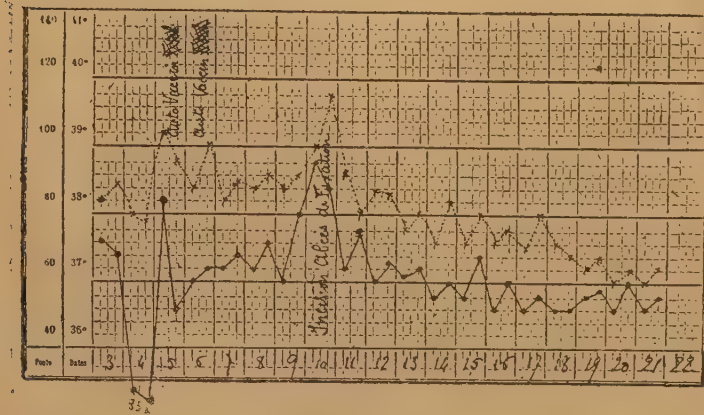
La température présente de grandes oscillations variant entre 36°5 et 41°5.

Pas de lochies fétides.

Pas de douleurs localisées,

La femme ne se plaint pas. Etat typhos, mais elle répond aux questions.

Transpirations profuses.



27 mai. — Même médication. Un litre de sérum artificiel et X gouttes d'adrénaline.

La malade a un frisson de dix minutes.

Température : 42 degrés.

Prise de sang pour hémoculture faite cinq heures après le frisson.

28 mai. — Résultats de l'hémoculture.

Gonocoques purs et abondants.

La malade a des oscillations thermiques entre 36 et 41°5.

On lui injecte un centimètre cube de vaccin préparé avec son hémoculture. On fait en même temps une injection de deux centimètres cubes d'essence de thérébentine pour provoquer un abcès de fixation.

29 mai — Nouvelle injection d'auto-vaccin.

Petites oscillations thermiques.

L'état de la malade commence à s'améliorer.

31 mai. — Nouvelles oscillations de température entre 37 et 40 degrés avec intermittences.

2 juin. — Nouvelle prise de sang pour hémoculture. On décide de faire prendre la température toutes les quatre heures pour constater les variations journalières.

4 juin. — Hypothermie, 35°6 et 35°2.

5-6 juin. — Résultat de l'hémoculture.

Gonocoques purs moins abondants.

Culture obtenue après trente-six heures d'étuve.

Deux injections de sérum préparé avec l'hémoculture.

6-9 juin. — L'état général s'améliore considérablement. La température redevient normale.

9 juin. — Réaction au niveau de l'injection d'essence de thérébentine.

10 juin. — Incision de l'abcès de fixation.

10-12 juin. — L'état général s'améliore progressivement.

22 juin. — La malade sort guérie.

Voilà une femme qui se présente dans le service avec un abcès au sein.

Quelques jours après l'incision de cet abcès elle fait une brusque élévation de température (41°).

A partir de ce moment elle présente de grandes oscillations quotidiennes entre 36 et 41 degrés.

Pendant ce temps la femme n'accuse aucune douleur. Rien à l'abdomen. Aucun signe de localisation. Lochies non fétides. Son teint est bronzé. Elle reste dans une stupeur profonde avec obnubilation mais elle répond aux questions qui lui sont posées et ne délire pas.

Elle a des transpirations profuses continuelles. On ne note aucune différence dans les symptômes fonctionnels entre les exacerbations et les rémissions de la température.

En raison de ce teint bronzé et des grandes oscillations on pense à une affection rénale.

Mais la palpation du rein est indolore. Le rein n'est pas augmenté de volume. L'examen des urines montre l'absence d'albumine, de leucocyte et d'hématie. Quelques cristaux d'oxalate de chaux.

Le 27 mai, soit dix jours après sa première élévation de température, trente-trois jours après l'accouchement, la malade a un grand frisson de dix minutes, la température monte à 41°7. Quelques jours après ce frisson on fait une hémoculture. Douze heures après on constate une culture pure et très abondante de gonocoques. Le jour de l'hémoculture on fait l'injection de thérébentine et après traitement par l'autovaccin la température n'oscille qu'entre 38 et 37 degrés pendant deux jours.

Vers le troisième jour, les oscillations recommencent mais ne varient qu'entre 37 et 40 degrés et les fortes poussées de température ne se répètent que tous les deux jours.

On refait une hémoculture et on constate une diminution en quantité du gonocoque qui met trente-six heures à cultiver et la culture n'est pas si abondante que la première.

Après une nouvelle série d'injections d'auto-vaccin préparé par M. Fisch, la température redevient normale. L'abcès de fixation qui se résorbait évolue brusquement vers la suppuration en donnant une poussée passagère de température. Après incision de l'abcès la température redevient tout à fait normale et la malade entre en convalescence. Revue plus tard en bon état.

Conclusion. — Dans ce cas nous nous trouvons en présence d'une infection tardive à gonocoques survenue vingt-deux jours après l'accouchement.

La présence du gonocoque a été constatée à deux reprises par hémoculture.

La malade ne présente aucune métastase, aucune localisation, aucune lésion.

Elle guérit sans séquelle.

On remarquera que la malade réagit après destruction du gonocoque par l'auto-vaccin.

OBSERVATION II

(Hôp. de la Pitié, 1917, n° 876.)

B..., vingt-sept ans. III-pare.

Première grossesse en 1912. Accouchement spontané à terme. Suite de couches normales.

Deuxième grossesse en 1914. Avortement de trois mois à la Charité. Suite de couches normales.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles 28 novembre 1916.

10 mai 1917. — Dit s'être sentie brusquement mouillée.
Perte de liquide clair.

Depuis, tous les jours léger écoulement clair.

22 mai. — Premières douleurs à deux heures du matin.

11 heures. — Admission à l'hôpital. Grossesse de six mois environ. Fœtus mobile; bruits du cœur normaux; membranes rompues. Dilatation de cinquante centimes.

21 heures. — Dilatation complète. Naissance d'un garçon vivant de 1.330 grammes.

21 h. 30. — Délivrance naturelle. Rétention partielle de caduque.

Placenta : 380 grammes. Cordon gras.

Injection intra-utérine.

Température : 37 degrés. Pouls 78. Urines normales.

25 mai. — Examen des lochies.

Lochies sur lames : gonocoques.

Lochies-culture : gonocoque associé à un autre microbe illisible.

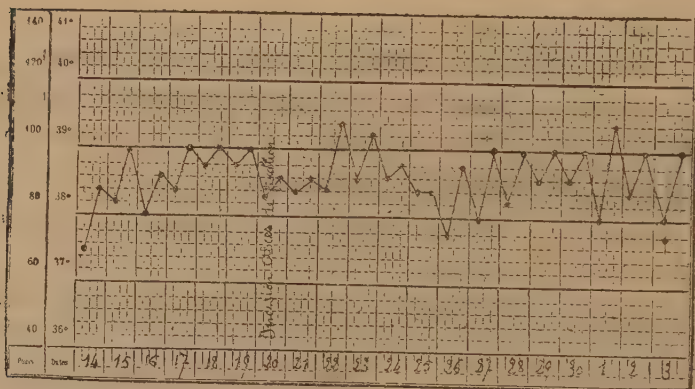
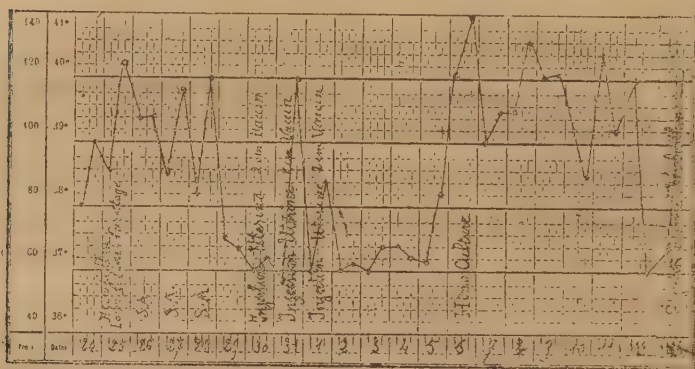
Hémoculture. — Gonocoque.

Curettage ramenant de nombreux débris de caduque.

26 mai. — La malade a eu deux frissons.

Injection intra-utérine. Aucun débris.

28 mai. — Injection intra-utérine. Utérus petit.



29 mai. — Aucune perte suspecte. Abaissement de température.

30 mai. — Pertes brunes fétides.

Injection intra-utérine avec 500 grammes de sérum additionné de 2 centimètres cubes d'auto-vaccin préparé avec la lochie-culture.

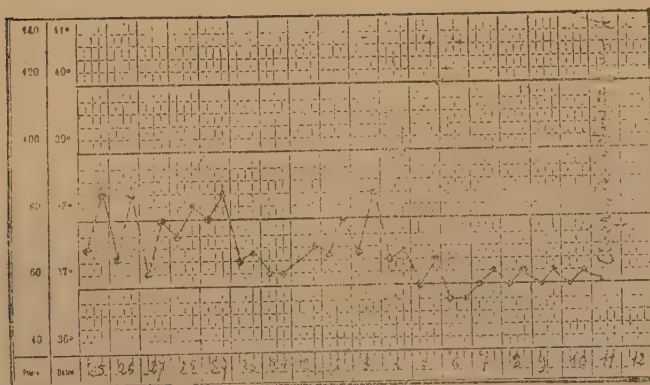
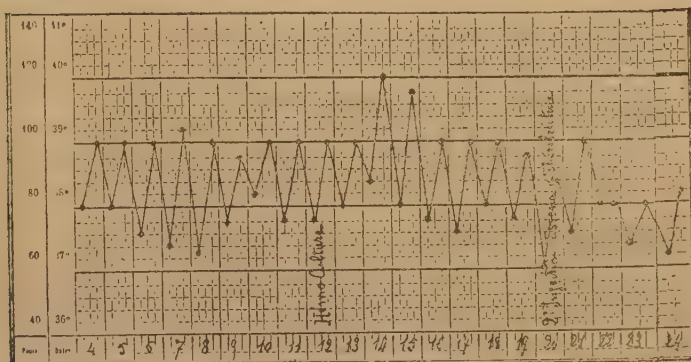
Pas de frisson après.

31 mai. — Même injection intra-utérine.

Frisson deux heures après.

1^{er} juin. — Même traitement. Frisson dix minutes après.

3 juin. — La malade va mieux.



5 juin. — Périphlébite gauche. Frisson dans la soirée.

6 juin. — Deuxième hémoculture : Staphylocoque.

7 juin. — Même état de la jambe gauche.

8 juin. — Léger frissonnement sans élévation thermique.

9 juin. — Frisson.

Troisième hémoculture : Petits flocons dans le liquide. Au microscope : transformation globulaire.

10 juin. — La malade souffre beaucoup de ses jambes.
Morphine.

12 juin. Même état. Morphine.

13 juin. — Deux frissons. Injection de 2 centimètres cubes
d'essence de thérébentine dans la paroi abdominale.

14 juin. — Réaction au niveau de l'injection.

Long cordon induré et rouge.

16 juin. — Jambes douloureuses. Morphine presque tous
les soirs.

20 juin. — Petite escharre au niveau du pied droit.

Ponction et incision de l'abcès de fixation.

Pus abondant. Pas de microbes dans ce pus.

Etat stationnaire.

21 juin-2 août. — Pus dans l'abcès. Collargol.

Injections de morphine.

5 août. — La malade peut se lever.

10 août. — Les mouvements sont plus aisés.

Passe dans les grands services.

Il s'agit d'une femme qui a présenté pendant sa grossesse des symptômes d'endométrite-hydrorrhée déciduale. Elle fait à la suite de son avortement une rétention partielle de caduque et deux jours après la température s'élève rapidement à 40°5. Une hémoculture faite à ce moment permet de constater la présence du gonocoque dans le sang circulant. Ce gonocoque est retrouvé dans l'urètre, dans le col et enfin dans le vagin où, là il est associé à d'autres microbes.

Avec la culture du gonocoque qu'il a obtenue, M. Fisch prépare un autre vaccin qu'on injecte à la

malade. On observe pendant ce temps de fortes oscillations de température.

Après la troisième injection d'auto-vaccin la température redevient normale.

Puis la malade va bien. Elle présente pendant quatre jours une température oscillant entre 37 degrés et 37°2.

Le cinquième jour la température commence à remonter. On note une légère périphlébite gauche. Dans la soirée la malade a un frisson, ce qui décide à faire une nouvelle hémoculture. Mais cette fois-ci nous ne trouvons plus le gonocoque. Nous trouvons un diplocoque réuni en grappes avec les caractères du staphylocoque.

Pendant huit jours la température reste élevée ; le tableau clinique change. La malade qui jusqu'alors n'avait pas souffert se plaint beaucoup. Elle crie. On doit lui injecter de la morphine plusieurs jours de suite.

Puis la température redescend et varie entre 38 et 39 degrés. Huit jours après cette oscillation de température on incise son abcès de fixation qui donne issue à une abondante quantité de pus, mais sans microbe. Ce pus continue à suinter pendant toute la période d'oscillations moyennes qui a duré six semaines. La malade ne fait plus d'autre abcès mais elle continue à souffrir de ses jambes jusqu'à l'apyrexie qui survient avec la guérison complète.

Nous avons revu cette femme six mois après dans un parfait état de santé.

En résumé, cette femme a eu une invasion gonoc-
cique pure d'emblée, indolore et sans localisation.
Puis après une période de rémission elle a fait une
nouvelle infection à staphylocoques avec localisation
périveineuse, frissons, hautes températures et dou-
leurs vives. On peut expliquer cette rémission par
la disparition du gonocoque consécutivement au
traitement.

SEPTICÉMIE GONOCOCCIQUE

AVEC MÉTASTASE

Dans les deux cas que nous avons observés il s'agissait de femmes qui commençaient leur hyperthermie quelques jours après leur accouchement.

Dans nos deux observations la première localisation observée a été une localisation articulaire. Unique dans notre premier cas, multiple dans le second.

On retrouve ici l'affinité classique du gonocoque pour les articulations. Nous n'avons pas observé d'endocardite gonococcique, mais l'observation de Krause (1) montre qu'on peut aussi bien la rencontrer dans la septicémie puerpérale à gonocoque que dans les autres septicémies à gonocoque.

Notre première observation montre en outre la très grande ressemblance du rhumatisme puerpéral avec la septicémie puerpérale gonococcique à localisation articulaire. Cette ressemblance déjà notée

1. Krause. *Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nacherreiss der Gonokokken im Blute bei Leibzeiten der Patienten* (Berliner Klin. Wochenschr., 1904).

par Nélaton et Bouchard est telle qu'il semble bien y avoir identité.

Dans notre seconde observation, outre la localisation articulaire, on constate une localisation pulmonaire : pneumonie gonococcique. Cette localisation a déjà été observée en dehors de l'état puerpéral dans différentes observations : Bressel, Thayer, Prochoska (Thèse Faure-Beaulieu).

OBSERVATION III

(Hôpital Saint-Antoine, 1917. N° 445).

P..., vingt-sept ans.

Première grossesse en 1911. Gémellaire. Accouchement spontané à terme. Deux filles bien portantes. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 6 au 12 janvier 1917. N'ayant pas eu ses règles en février elle se donne le 9 février une injection intra-utérine avec de l'eau savonneuse au moyen d'une longue sonde rigide, violente douleur au moment de l'injection.

10 février. — Admise à l'hôpital à 14 heures.

Abdomen très douloureux à la palpation, météorisé.

Pertes noirâtres.

Col à peine perméable paraissant déchiré.

Légère odeur fétide.

Léger ictère.

Langue saburrale humide.

Température : 40°2, Pouls : 110.

Glace sur le ventre. Expectation.

11-12 février. — Aucune perte.

Rhumatisme au niveau de l'épaule droite apparu brusquement.

13 février. — Etat général bon. Aucune perte.

Gonflement de l'articulation scapulo-humérale droite.

Au niveau du deltoïde, sensation de flot.

Aspirine : 1 gramme chaque jour.

14-15-16 février. — Les douleurs de l'épaule diminuent.

17 février. — Pas de chaleur locale. La malade bouge son bras sans douleur.

16 février. — Plus de douleur.

Plus de gonflement.

Quelques craquements articulaires.

Cœur. — Léger frémissement systolique.

Pas de lésions organiques.

Toucher. — Non douloureux. Col fermé.

Culs-de-sac libres.

L'utérus paraît fixé en rétroversion.

Prise de sang pour hémoculture.

Ensemencement sur bouillon. Après douze heures d'étuve pas de microbes visibles.

19 février. — Le palper devient difficile. On sent un empâtement peu douloureux partout.

20 février. — Aucune perte. Langue humide.

21 février. — Injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes d'essence de thérébentine.

22 février. — Vomissements alimentaires.

Palper impossible à cause de la défense musculaire.

Prise de sang pour hémoculture.

Après douze heures d'étuve, autour de certains globules

P. Poussin

rouges on voit de petits cocci qui par endroit ont des apparences de petits diplocoques. Sur un seul point on trouve un diplocoque aggloméré en amas et là il montre ses caractères de pneumocoque très petit ou de gonocoque.

Après différenciation. *Gonocoque net*.

23-24 février. — Compresses sur l'abcès de fixation qui évolue.

25 février. — Vague douleur au niveau des reins.

Examen du pus prélevé dans le vagin sur le col et à l'intérieur du méat.

Première lame. Pus du vagin.

Grande desquamation des cellules épithéliales.

Grandes colonies microbiennes dans lesquelles on distingue le streptocoque et le gonocoque.

Deuxième lame. Pus du col.

Cellules épithéliales.

Streptocoques et gonocoques.

Troisième lame. Pus de l'urètre.

Gonocoque très abondant.

Il forme le microbe prédominant, bien visible. On le différencie facilement.

26 février. — Injection de 2 centimètres cubes d'essence de thérébentine plus profondément que la première fois.

27 février. — Légère rougeur au niveau de l'injection.

1^{er} mars. — Chute de la température.

2 mars. — Bon état général. Ventre moins sensible. Langue humide.

3-4 mars. — S'alimente un peu.

5 mars. — Fluctuation au niveau du premier abcès de fixation. Incision 20 centimètres cubes de pus.

11 mars. — Troisième prise de sang. Hémoculture négative.

12-13 mars. — La malade se lève.

19 mars. — Sort guérie.

Ici les accidents succèdent à une tentative d'avortement. La malade présente un col paraissant déchiré, des pertes noirâtres à odeur fétide.

Son état général est très mauvais. Elle a un léger degré d'ictère. Sa langue est saburrale.

Deux jours après son entrée à l'hôpital un rhumatisme de l'épaule droite apparaît brusquement ; mais son état général s'améliore. Elle n'a plus de pertes. L'examen de son épaule montre du gonflement, de la douleur et une sensation de flot au niveau du deltoïde. Puis la douleur et le gonflement disparaissent progressivement les jours suivants. Le cœur ne paraît pas atteint.

On fait, alors que les symptômes de rhumatisme évoluent encore, une prise de sang pour hémoculture. Cette hémoculture donne un résultat négatif. A ce moment les sécrétions du méat, du col et du vagin contiennent cependant du gonocoque associé en grande partie avec le streptocoque. Une deuxième hémoculture est faite après la disparition de tout symptôme de rhumatisme. Elle donne alors une culture de gonocoques typiques.

Une troisième hémoculture est faite dix jours après l'abaissement de la température et cinq jours après l'incision de l'abcès de fixation. L'hémoculture est de nouveau négative.

Il s'agit donc ici d'une septicémie puerpérale à gonocoques purs avec métastase mono-articulaire passagère.

Le gonocoque seul a circulé dans le sang quoique dans les lochies on l'ait trouvé associé avec une assez grande quantité de streptocoques.

OBSERVATION IV

(Hôpital de la Pitié, 1917, n° 276).

Q..., vingt-sept ans. Primipare.

Dernières règles, 16 mai 1916.

Procréateur, trente-deux ans, mobilisé.

A consulté plusieurs fois pendant sa grossesse.

Pas d'albumine.

15 février 1917 : 4 heures. — Début du travail.

10 heures. — Examen. O. I. G. A. Enfant vivant.

Col court, fermé.

Vaginisme.

20 heures. — Admission à l'hôpital.

Dilatation de un franc. Membranes intactes,

16 février : 2 heures. — Dilatation complète.

2 h. 30. — Accouchement spontané.

Garçon vivant : 3.700 grammes.

Délivrance naturelle complète : 550 grammes, 30 minutes après l'accouchement.

Déchirure incomplète du périnée : 3 crins.

19 février. — Première élévation thermique.

Annexes droites douloureuses.

Lochies normales.

Glace sur le ventre.

20 février. — Même état. Utérus non douloureux.

Lochies normales.

Périnée en bon état.

Injections vaginales. Quinine : 1 gramme.

22 février. — Température : 40 degrés.

Annexes droites toujours très douloureuses.

Douleur à la partie postérieure de la cuisse droite jusqu'au creux poplité.

Pas de rougeur. Aspirine : 1 gramme.

24 février. — Rhumatisme polyarticulaire au niveau des articulations du poignet et du coude gauche.

Température : 39 degrés.

Enveloppements ouatés.

Examen des lochies. — Gonocoques.

25 février. — Même état. Frisson dans la matinée.

15 heures. — Frisson violent. La température monte à 39°8.

Le pouls est à 120.

Les lochies deviennent fétides. Injections vaginales. Glace.

On fait une hémoculture qui donne comme résultat : *Gonocoques.*

26 février. — Injection de 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

27 février. — La malade a mieux reposé. Elle n'a pas eu de nouveaux frissons.

Les lochies sont fétides.

Pus cervical : Gonocoques.

Sécrétion prélevée au niveau de l'urètre : Gonocoques.

Injection intra-utérine. L'utérus est mou, gros.

L'injection ramène des débris. Pas de pus utérin.

28 février. — La malade n'a pas reposé. Elle n'a pas eu

de frissons. Les douleurs du bras ont disparu. On lui fait un curettage qui ramène encore des débris. Badigeonnage à la glycérine créosotée.

Mèche iodoformée ;

Apparition d'une pneumonie double.

Ventouses scarifiées.

Huile camphrée : 5 centimètres cubes.

1^{er} mars. — La malade n'a pas reposé. Gêne respiratoire. Souffle au niveau de la partie moyenne de la base du poumon gauche. Râles sous-crépitaux. Aux deux sommets, dans la région inter-scapulo-vertébrale : deux foyers bien limités. Souffle tubaire.

Pas d'expectoration.

Ventouses sèches.

Deuxième hémoculture. Négative.

2 mars. — La malade a bien reposé. La gêne respiratoire est atténuée.

On constate peu de modifications respiratoires.

Les râles diminuent.

Le souffle paraît moins intense.

Ventouses sèches, scarifiées aux sommets : 3 centimètres cubes d'huile camphrée.

3 mars. — Peu de gêne respiratoire.

Expectoration.

A l'auscultation on constate un souffle au niveau des deux bases, plus doux, prenant le caractère de souffle pleurétique.

Matité, diminution du murmure vésiculaire.

Huile camphrée toutes les heures.

4 mars. — Matité aux bases. Souffle pleurétique.

Ponction exploratrice : quelques centimètres cubes de liquide clair, fibrineux.

Pleuro-pneumonie double.

5 mars — Etat stationnaire. Râles crépitants des deux côtés. Ventouses scarifiées aux deux sommets.

Injection d'essence de thérébentine.

6 mars. — Induration au niveau de l'injection.

7 mars. — Induration au niveau de l'injection. Pas de fluctuation.

Deuxième injection d'essence de thérébentine.

Souffle à la base gauche.

Même traitement.

8 mars. — Injection de 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique en trois jours.

Lavage de vessie au nitrate d'argent à 1/1.000.

10-11 mars. — Petits râles atténués. Inhalations d'oxygène.

12 mars. — Huile camphrée toutes les trois heures.

Sensation de pesanteur dans la jambe gauche.

14 mars. — Ventouses sèches : 250 grammes de sérum artificiel.

XX gouttes d'adrénaline.

15 mars. — Phlegmatia à gauche. Gouttière.

18 mars. — Quelques râles. Huile camphrée toutes les trois heures.

19 mars. — Dans la nuit délire. Même traitement.

20 mars. — Troisième hémoculture. Streptocoques à longues chaînettes.

21 mars. — Pouls rapide, irrégulier.

22 mars. — Même état.

23 mars. — Muguet. Lavage au bicarbonate de soude.

Etat grave.

25 mars. — Escharre aux pieds. Plaques de gangrène.

droites. Puis douleur au niveau de la cuisse droite se prolongeant jusqu'au creux poplité. Pas de rougeur.

Le 24 février il se déclare un rhumatisme poly-articulaire au niveau du poignet et du coude gauche.

L'examen des lochies pratiqué à ce moment révèle la présence de gonocoques.

Puis les lochies deviennent fétides, la malade a de violents frissons. L'état général s'aggrave.

On fait une hémoculture qui donne du gonocoque.

Les lochies deviennent moins fétides et comme la malade présentait tous les symptômes d'une infection générale on lui fait une série d'injections de sérum antistreptococcique.

Cependant les lochies redeviennent fétides.

On retrouve de nouveau du gonocoque dans le pus cervical et dans la sécrétion prélevée dans le méat urinaire.

La malade est dans un état inquiétant. Elle ne repose pas, ne présente aucun frisson mais on constate l'apparition d'une pneumonie double. A ce moment l'hémoculture devient négative. Cinq jours plus tard on observe une réaction de la plèvre. Une ponction exploratrice ramène un liquide clair fibrineux. Donc: pleuro-pneumonie double.

On tente de provoquer deux abcès de fixation par deux injections d'essence de thérébentine.

Mais celles-ci donnent un empâtement local non suivi de suppuration.

L'état général s'aggrave. La température monte à 41 degrés avec plusieurs frissons.

On décide de pratiquer trois jours de suite une injection de sérum antistreptococcique.

A partir de ce moment la température remonte en plateau pour ne jamais descendre au-dessous de 40 degrés.

La malade fait une double phlegmatia et cinq jours avant son décès l'hémoculture décèle la présence du streptocoque à longues chaînettes.

Il s'agit donc ici d'une septicémie puerpérale à gonocoques qui est survenue aussitôt après l'accouchement avec des phénomènes graves donnant une première localisation au niveau des articulations et une seconde au niveau des poumons.

Plus tard ce gonocoque disparaît et quelque temps avant la mort il est remplacé par le streptocoque.

Ceci explique la fréquence du streptocoque dans les pièces d'autopsie après une infection qui peut être due même à un autre microbe que le streptocoque.

Il est à remarquer dans cette observation comme la précédente que l'hémoculture devient négative pendant les localisations.

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

DUE AU GONOCOQUE ASSOCIÉ

Nous n'avons observé qu'un seul cas de septicémie puerpérale dans lequel l'hémoculture ait révélé la présence du gonocoque associé à d'autres microbes.

Dans ce cas la température est montée avec une grande rapidité.

L'état général a été d'emblée très grave.

Le tableau clinique était celui d'une septicémie puerpérale aiguë avec localisations utérines pulmonaires et parotidiennes. La température était extrêmement élevée et la malade avait de violents frissons pendant lesquels sa température atteignait jusqu'à 42 degrés.

La terminaison a été rapidement mortelle.

OBSERVATION V

(Hôpital de la Pitié, 1917, n° 793)

M..., trente-sept ans. IV-pare.

Avortement de deux mois environ.

Dernières règles, 17 février. Seize jours.

En mars a perdu trois jours et peu.

En avril aucune perte.

5 mai 1917. — Douleur à l'hypogastre et au niveau de la région rénale.

Légère perte de sang. Se couche.

Même état jusqu'au 8 mai 1917.

8 mai. — Pertes abondantes. Expulsion de caillots de sang. Frissons.

9 mai. — La malade constate que ses pertes sont très fétides.

Un médecin appelé conseille le transfert à l'hôpital.

17 heures. — Admission à l'hôpital.

Température : 40 degrés.

Pouls : 116.

Pertes extrêmement fétides.

Révision utérine ramenant des débris placentaires putrides.

Injection intra-utérine.

Badigeonnage à la teinture d'iode.

Frissons.

10 mai. — Frisson dans la nuit ayant duré dix minutes.

La température monte à 41°8.

Aucune douleur.

Pertes non fétides, rares.

11 mai. — Même état.

Frisson à 22 heures. Température prise après le frisson : 42 degrés.

12 mai. — 3 heures. Frisson. Température prise après le frisson : 41°9.

Pertes noirâtres.

Injection intra-utérine.

Hémoculture : Streptocoque et diplocoques à gros grains.

Disposition gonocoque par endroits.

13 mai. — Frisson le matin avec élévation de température à 39°7.

On ensemence avec les lochies.

Résultat de la culture.

Streptocoques, staphylocoques, *gonocoques* et petits microbes variés à disposition tétragène.

La culture a une odeur fétide persistante.

14 heures. — Frisson. Température : 41°2.

20 heures. — Frisson. Température : 40°6.

Mauvais état général.

Langue sèche. Congestion de la face.

Quelques râles de bronchite.

Injection de 2 centimètres cubes d'essence de thérébentine.

14 mai. — Langue un peu moins sèche.

Petites et nombreuses ecchymoses au niveau de l'injection de thérébentine.

Frisson. Température prise après le frisson : 42°2.

15 mai : 1 heure. — Frisson. Température : 39°8.

9 heures. — Frisson. Température : 41°4.

15 h. 30. — Injection intra-utérine avec 3 centimètres cubes d'auto-vaccin préparé avec la lochie-culture dans 1 litre de sérum artificiel.

Injection hypodermique d'auto-vaccin préparé avec l'hémoculture.

Pas de réaction.

Les ecchymoses situées au centre de l'abcès de fixation se transforment en phlyctènes purulentes. Large bande d'œdème blanc au pourtour, de 10 centimètres de diamètre environ.

18 heures. — Frisson. Température : 41°8.

16 mai. — 9 heures. Frisson. Température : 41°8.

Pas de réaction au niveau de l'auto-vaccin hypodermique.

Injection utérine : 1 litre de sérum + 2 centimètres cubes d'auto-vaccin préparé avec la lochie-culture.

Injection hypodermique de 2 centimètres cubes d'auto-vaccin préparé avec l'hémoculture.

Etat général grave.

Langue rôtie.

17 mai. — Légère amélioration.

Un seul frisson moins violent avec température : 39 degrés.

18 mai. — Très mauvais état général. Ventre douloureux légèrement ballonné.

Langue rôtie. Hoquet.

Au toucher, masse dure perceptible dans le cul-de-sac antérieur, bombant dans le cul-de-sac latéral gauche, semblant remonter à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Utérus fixé dans cette masse.

Boissons glacées. Glace sur le ventre.

19 mai. — La malade souffre toujours du ventre.

Aucune perte.

La malade ne veut pas garder sa glace.

20 mai. — Apparition d'une double parotidite. Collargol.

21 mai. — Subictère. Hoquet.

22 mai. — Suppuration des phlyctènes au niveau de l'abcès de fixation. Etat grave.

23 mai. — La malade n'a pas reposé.

Le subictère s'accentue.

Douleur au niveau de la vésicule biliaire.

Urines rougeâtres.

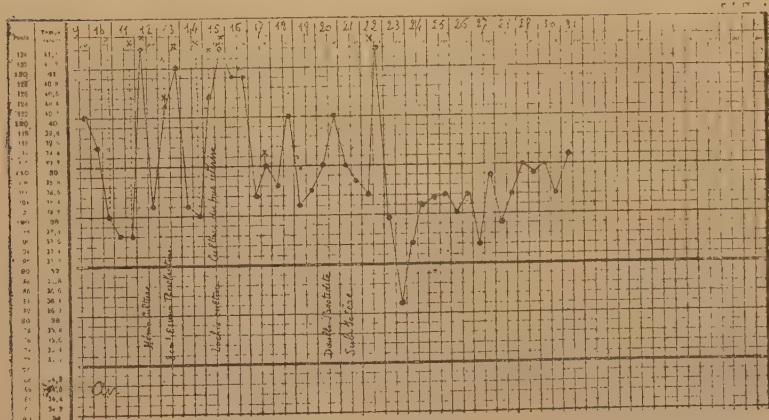
24 mai. — La malade est agitée. On constate le relâchement des sphincters. La douleur à droite persiste.

Atténuation de la parotidite.

25 mai. — La parotidite a disparu. La teinte subictérique est moins apparente.

26 mai. — Même état. La masse abdominale semble avoir augmenté de volume.

Empatement de toute la fosse iliaque droite.



27 mai. — La malade est moins agitée. Légère amélioration.

Suppuration des phlyctènes au niveau de l'abcès de fixation. Le sphacèle de la peau se fait d'une manière irrégulière.

Il a une étendue de 12 centimètres sur 8 centimètres avec bords taillés à pic et festonnés (phagédénisme).

28 mai. — Même état. Odeur putride de l'abcès.

29 mai. — Etat grave.

30 mai. — Etat grave. Escharre sacrée gangrénée.

Même aspect de l'abcès. Même odeur putride.

31 mai. — Matin. Pouls incomptable. Décès à midi.

Il s'agit là d'une femme ayant fait un avortement de deux mois qui arrive à l'hôpital avec une température de 40 degrés, des pertes extrêmement fétides et des débris placentaires dans son utérus.

L'hémoculture faite trois jours après son arrivée donne comme résultat du streptocoque du staphylocoque et du gonocoque.

Les lochies contiennent du streptocoque, du staphylocoque, du gonocoque et d'autres microbes variés.

L'état de la malade est grave d'emblée. Elle a une longue série de frissons pendant lesquels sa température monte jusqu'à 42 degrés. Sa face est congestionnée et sa langue sèche. De nombreuses et petites ecchymoses apparaissent au niveau de l'injection de thérébentine qui, au lieu de former un abcès de fixation, se transforme en phlyctène purulente. Le ventre est douloureux et ballonné. La malade a le hoquet mais pas de vomissements. Elle ne se soumet pas au traitement.

Il se produit une localisation au niveau des parotides.

L'état devient de plus en plus grave.

La masse constatée dans la fosse iliaque gauche augmente de volume et s'étend vers la fosse iliaque droite.

La malade meurt au milieu de phénomènes gangréneux (eschare sacrée gangrénée, suppuration des phlyctènes avec sphacèle de la peau). Toutes ces suppurations ont une odeur putride.

Ici nous voyons un état très grave dès le début, dû à l'association du gonocoque aux autres microbes d'infection puerpérale. Etant données l'abondance du foyer d'infection et la moindre résistance de la plaie utérine, presque tous les microbes contenus dans l'utérus passent dans la circulation générale et donnent une infection grave d'emblée avec différentes localisations.

Dans notre cas la malade meurt au milieu des accidents infectieux les plus graves.

CONCLUSIONS

Le gonocoque peut causer comme le streptocoque
toutes les formes d'infection puerpérale :

Septicémie sans localisation ;

Septicémies avec localisations viscérales.

Septicémies en association avec d'autres microbes.

Vu : le Président de la thèse

CH. ACHARD

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

POINCARÉ

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Historique.....	13
Fréquence du gonocoque dans les organes génitaux de la femme enceinte.....	17
Où se trouve le gonocoque.....	21
Le gonocoque peut franchir la paroi utérine et passer dans la circulation générale.....	23
Fréquence avec laquelle on rencontre le gonocoque dans la septicémie puerpérale.....	31
Etude clinique.....	35
Septicémie gonococcique sans métastases.....	37
Observations.....	39
Septicémie gonococcique avec métastase.....	51
Septicémie puerpérale due au gonocoque associé.....	63
Conclusions.....	71

